



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/2187 - EL TRASTORNO ADAPTATIVO NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE

G. Olszewska^a, M. Martín de Blas^a y G. Moneva Vicente^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 28 años sin antecedentes personales, piloto de aviación comercial, acude a su MAP por un cuadro de 6 meses de astenia, hipersomnia e irritabilidad. Lo relaciona con sobrecarga laboral y cambio de domicilio reciente. Por el carácter de su trabajo, se le deriva a psiquiatría. Mientras espera su cita programada, inicia con sintomatología de irascibilidad, alteración de memoria, bloqueo de lenguaje, desorientación con cuadros de despersonalización y sensación de estar observando su vida “como una película”. Tras 2 semanas con dicha sintomatología acude a Urgencias donde está valorado por psiquiatría, quienes diagnostican astenia en probable relación a reacción adaptativa, deciden alta y tratamiento con clonazepam. El paciente vuelve a Urgencias tras 7 días con cefalea holocraneal, vómitos y somnolencia. Se realiza una prueba de imagen en la que se visualiza una lesión ocupante de espacio. Se comunica con el Hospital La Princesa y se decide su traslado para tratamiento quirúrgico (extirpación macroscópica completa). Un mes después está dado de alta sin déficit neurológico, pero con panhipopituitarismo y diabetes insípida.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado, eutímico, bradipsiquíco, somnoliento. Ligera irritabilidad, dificultad para concentración, fallos mnésicos. Exploración física normal, no déficits neurológicos, no alteraciones visuales. TAC craneal: en la vertiente superior-derecha de la silla turca y con extensión supraselar se identifica una lesión de tamaño 30 × 27 × 38 mm, morfología lobulada, attenuación mixta, con un componente sólido que capta contraste en su vertiente inferior y un componente quístico. Está en íntimo contacto con la a. cerebral media derecha y la carótida intracavernosa derecha, superiormente con el 3^{er} ventrículo comprimiéndolo. Estos hallazgos pueden estar en la relación con una lesión selar tipo macroadenoma hipofisario o un tumor supraselar tipo craneofaringioma.

Juicio clínico: Craneofaringioma infundíbulo-tuberal.

Diagnóstico diferencial: Trastorno adaptativo, macroadenoma hipofisario.

Comentario final: Craneofaringiomas son tumores que derivan embriológicamente de los restos de la bolsa de Rathke. Son de origen epitelial y suelen involucrar el tallo hipofisario en la región supraselar, adyacentes al quiasma óptico e invadir el tercer ventrículo. Aunque son histológicamente benignos, afectan la calidad de vida y son en muchos casos de difícil tratamiento. Constituyen 1-3% de todos los tumores cerebrales en la población general.

Bibliografía

1. Fahlbusch R, Honegger J, Buchfelder M. Clinical features and management craniopharyngioma in adults.

Palabras clave: Craneofaringioma. Tumor. Trastorno adaptativo.